

Ley Promesa

Caso: En el caso  
Estado Libre Asociado de Puerto Rico

Caso Núm: 17-03283 L.T.S

Caso: 17-03283 LTS

Doc. # 8979

Filed 10/24/19



18 de febrero de 2020  
Antonia Rivera Torres  
Dirección:

Vrb. Mansiones del Lago  
Calle Lago Cerrillos 117  
Coto Laurel, Ponce)

00780  
Tel. 787- 710 - 4249

Historial:

Trabajé en el Departamento de la Familia desde el día 23 de enero de 1976 hasta 30 de agosto del 2013, (fecha de jubilación), "Oficial Administrativo. (Véase evidencia obtenida por el Departamento de la Familia, Región Guayama, División Recursos humanos."

Muy respetuosamente, solicito se reevalúe mi caso.

Gracias

① reclamación con relación a la Ley 83 que se fundamente el caso del Romerazo. Entiendo que fue la Ley 9 y Ley 89 del día 12 de julio del 1979 (Salario Mínimo Federal.)  
Mi último salario mensual fue de \$2,408. (bruto)

② El monto de mi reclamación es de \$50.00 desde 1980 o 1984, 30 años aproximadamente. No recuerdo fecha exacta. (\$18,400.00) aproximadamente.  
Salario Mínimo Federal que fue efectiva el 12 de julio de 1979 desde (12 de julio 1979) hasta 30 de agosto 2013.

④ Adjunto evidencias de reclamaciones o certificaciones efectuadas sobre análisis retributivo de mi expediente y reclamación del Romerazo. Envío estos documentos como evidencia del seguimiento por subscribiente ante mis reclamaciones de ambas leyes. (NO)

Antonia Rivera Torres  
Antonia Rivera Torres

Evidencia de mi seguro social que trabajé por muchos años y fue cambiado por: de 267- 72- 2604, a fue cambiado al 1629 (véase evidencia)

Salario mínimo federal " Ley 89 12/07/1974  
Para el año 2000 era de \$ 2,008.00  
Hubo un aumento de \$400. y ascendió a \$ 2,408.00 hasta el 30 de agosto 2013, fecha de retiro. Envío hoja donde indica que mi sueldo al final de año era de 30,971.<sup>00</sup> Si multiplico \$2,408.00 x 12 = 28,896 mi sueldo según mi mensualidad

2,580 según informe	2,408. mi sueldo
12   30,971	12   28,896 mensual brut

En resumen 2,580.00  
- 2,408.00  
- 172.<sup>00</sup>

Según mis cálculos existe deuda de 172.00

134 años  
58,480 salario mínimo  
+ 18,400 romerozo  
\$ 76,880.<sup>00</sup>

Case:17-03283-LTS Doc#:8979-6 Filed:10/24/19 Entered:10/24/19 18:52:50 Desc: Número de Evidencia de Reclamación Exhibit Composite Attachment Page 8 of 10  
Reclamante:

## **INFORMACIÓN SOLICITADA PARA PROCESAR SU RECLAMACIÓN**

### **Instrucciones**

Responda las cuatro (4) preguntas y sub-preguntas aplicables. Incluya el mayor nivel de detalle posible en sus respuestas. **Sus respuestas deben proporcionar más información de la que se incluye en la evidencia de reclamación inicial.** A modo de ejemplo, si usted escribió previamente como fundamento de su reclamación "Ley 96," tenga a bien explicar ahora en qué leyes específicas pretende basar su reclamación, el año en que se aprobó la ley en cuestión, y cómo y por qué cree que esta ley en particular constituye un fundamento para su reclamación. Asimismo, si estuviera disponible y fuera aplicable a su reclamación, proporcione:

- Copia de un escrito inicial, como por ejemplo una Demanda o Respuesta;
- Una sentencia o acuerdo de conciliación sin pagar;
- Notificación por escrito de su intención de radicar una reclamación con constancia de envío por correo;
- Toda documentación que, a su juicio, fundamente su reclamación.

Envíe el formulario completado y documentos de apoyo por correo electrónico a [PRClaimsInfo@primeclerk.com](mailto:PRClaimsInfo@primeclerk.com), o por correo postal o entrega en mano a la siguiente dirección:

<b><u>Por Correo</u></b>	<b><u>Entrega en Mano o Service de Correo Postal de 24 Horas</u></b>
Commonwealth of Puerto Rico Supplemental Information Processing Center c/o Prime Clerk, LLC Grand Central Station, PO Box 4708 New York, NY 10163-4708	Commonwealth of Puerto Rico Supplemental Information Processing Center c/o Prime Clerk LLC 850 Third Avenue, Suite 412 Brooklyn, NY 11232

### **Cuestionario**

#### **1. ¿Cuál es el fundamento de su reclamación?**

- ☐ Una acción legal pendiente de resolución o concluida con el gobierno de Puerto Rico o en contra de este
- ☒ Empleo actual o anterior en el gobierno de Puerto Rico
- ☒ Otro (indique con el mayor nivel de detalle. Adjunte páginas adicionales de ser necesario.)

*Véase información adjunto*

#### **2. ¿Cuál es el monto de su reclamación (cuánto dinero reclama que se le adeuda):**

*Véase información adjunto*

RECEIVED  
U.S. DISTRICT COURT  
SAN JUAN, P.R.  
JUN 10 PM 4:22

3. **Empleo.** ¿Su reclamo se relaciona con un empleo actual o anterior en el gobierno de Puerto Rico?☐ No. Pase a la Pregunta 4.☒ Sí. Responda preguntas 3(a)-(d).

3(a). Identifique el organismo o departamento específico en el que trabaja o trabajó:

Departamento de la Familia - Region Guayama, Puerto Rico

3(b). Identifique las fechas de su empleo con relación a su reclamación:

Ley 89 del 12 de julio de 1979 y Ley 83 Romerazo  
que no fue pagado.

3(c). Últimos cuatro dígitos de su número de seguro social:

1629  
Nota: Tenia un seguro social (267-72-2604) fue cambiado

3(d). Cuál es la naturaleza de sus reclamaciones de empleo (seleccione todo lo que sea aplicable):

☐ Jubilación☐ Salarios impagos☐ Días por enfermedad☐ Queja con el sindicato☐ Vacaciones☒ Otro (Proporcione el mayor nivel de detalle posible. Adjunte páginas adicionales de ser necesario).Solicito reevaluar mi salario Mínimo Federal  
Ley 89 (12 de julio de 1979 y Ley 83 Romerazo).4. **Acción legal.** ¿Su reclamación se relaciona con una acción judicial ya cerrada o pendiente de resolución?☒ No.☐ Sí. Responda Preguntas 4(a)-(f).

4(a). Identifique el departamento o agencia que es parte de esta acción.

4(b). Identifique el nombre y la dirección del tribunal o agencia donde la acción está pendiente de resolución:

4(c). Número de caso: \_\_\_\_\_

4(d). Título, epígrafe, o nombre del caso: \_\_\_\_\_



El presente formulario es para designar a los beneficiarios de los pagos por defunción que correspondan a los pensionados de la Administración de los Sistemas de Retiro de los Empleados del Gobierno y la Judicatura (ASR) en el momento de su fallecimiento. Se debe completar el presente formulario en el momento de la designación de los beneficiarios.

08-20  
03-84



ADMINISTRACION DE LOS SISTEMAS DE RETIRO  
DE LOS EMPLEADOS DEL GOBIERNO Y LA JUDICATURA  
Apartado 42003, Estación Minillas, Santurce, P.R. 00940

### DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

LEA LAS REGLAS AL DORSO ANTES DE LLENAR EL FORMULARIO. USE LETRA DE MOLDE O MAQUINILLA.

NO. <u>Antonia Rivera Torres</u>					<u>7 de enero de 1992</u>	
					Fecha	
Nombre	Apellido Paterno	Apellido Materno	Fecha Nacimiento	Núm. Seguro Social	Empleado	Pensionado
			<u>13-06-49</u>	<u>267-72-2604</u>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por la presente, designo a los beneficiarios mencionados más adelante, para recibir los pagos por defunción que corresponda en mi caso de acuerdo a las disposiciones de ley que apliquen.



## GOBIERNO DE PUERTO RICO

Departamento de la Familia

### A QUIEN PUEDA INTERESAR

**CERTIFICO** que, **Antonia Rivera Torres**, Número de Seguro Social **-1629**, trabajó para el Departamento de la Familia, en la Administración de Familias y Niños, **Oficina Regional Guayama**.

La Sra. Rivera Torres se desempeñó como Oficial Administrativo IV desde el 23 de enero de 1976 hasta el 30 de agosto del 2013.

Certifico hoy, **20 de febrero de 2020**, para los fines que crea pertinentes.

A handwritten signature in dark ink, appearing to read "Nelson R. Rivera", written over a horizontal line.

**Nelson Rodriguez Rivera**  
Oficial Administrativo II



Formulario  
Form 999-21W-2 Py  
Rev. 09.12

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO  
DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY  
COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT

1. Nombre-First Name  
**ANTONIA**

Apellido(s) - Sumame(s)  
**RIVERA TORRES**

Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address  
**CALLE VIRGILIO SANCHEZ #45  
BOX 72  
ARROYO, PR 00714**

2. Nombre y Dirección Postal del Patrono  
Employer's Name and Mailing Address  
**L123000048 GUAYAMA  
ADMINISTRACION FAMILIA Y NINOS  
AVE. PONCE DE LEON PDA. 2  
EDIFICIO SENDIC  
SAN JUAN, PR 00901**

Número de Teléfono del Patrono  
Employer's Telephone Number

Fecha Cese de Operaciones:  
Cease of Operations Date: Día Mes Año  
Day Month Year

Número Control - Control Number

**125584102**

3. Núm. Seguro Social  
Social Security No.  
**-1629**

4. Núm. de Ident. Patronal  
Employer Ident. No. (EIN)  
**660433481**

5. Fecha en que comenzó a recibir la  
pensión - Date on which you started to  
receive the pension  
Día Mes Año  
Day Month Year

6. Costo de Pensión o Anualidad  
Cost of Pension or Annuity  
**0.00**

6A. Costo de cubierta de salud auspiciada  
por el patrono - Cost of employer-sponsored  
health coverage  
**0.00**

6B. Donativos  
Charitable Contributions  
**12.00**

Copia C para Récord  
del Empleado

Copy C for Employee's  
Records

Año: **2012**  
Year:

INFORMACION PARA EL  
DEPARTAMENTO DE HACIENDA  
DEPARTMENT OF THE TREASURY  
INFORMATION

7. Sueldos - Wages  
**30971.00**

8. Comisiones - Commissions  
**0.00**

9. Concesiones - Allowances  
**0.00**

10. Propinas - Tips  
**0.00**

11. Total=7+8+9+10  
**30971.00**

12. Gastos Reemb. y Beneficios Marginales  
Reimb. Expenses and Fringe Benefits  
**0.00**

13. Cont. Retenida - Tax Withheld  
**359.09**

14. Fondo de Retiro Gubernamental  
Governmental Retirement Fund  
**2226.00**

15. Aportaciones a Planes Cualific.  
Contributions to CODA PLANS  
**0.00**

16. Salarios bajo Ley 324-2004  
Salaries under Act 324-2004  
**0.00**

16A. Aportaciones al Programa Ahorra y  
Duplica tu Dinero - Contributions to the  
Save and Double your Money Program  
**0.00**

INFORMACION PARA EL  
SEGURO SOCIAL  
SOCIAL SECURITY  
INFORMATION

17. Total Sueldos Seguro Social  
Social Security Wages  
**30971.00**

18. Seguro Social Retenido  
Social Security Tax Withheld  
**1300.78**

18. Total Sueldos y Pro. Medicare  
Social Security Wages and Tips  
**30971.00**

20. Contrib. Medicare Retenida  
Medicare Tax Withheld  
**449.08**

21. Propinas Seguro Social  
Social Security Tips  
**0.00**

22. Seguro Social no Retenido  
en Propinas - Uncollected  
Social Security Tax on Tips  
**0.00**

23. Contrib. Medicare no Retenido  
en Propinas - Uncollected  
Medicare Tax on Tips  
**0.00**